

Psychiatr. Pol. 2015; 49(1):49–56

PL ISSN 0033-2674

www.psychiatriapolska.pl

DOI: 10.12740/PP/31493

Psychoterapia ciężarnych kobiet cierpiących na zaburzenia psychiczne

Psychotherapy for pregnant women with psychiatric disorders

Łukasz Müldner-Nieckowski, Katarzyna Cyranka,
Bogna Smiatek-Mazgaj, Michał Mielimąka, Jerzy A. Sobański,
Krzysztof Rutkowski

Katedra Psychoterapii UJ CM
p.o. Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski, prof. UJ

Summary

Pregnancy is a major life change for many women. The related biological changes, especially complications in its course and in the course of delivery, carry a risk of developing a variety of psychological problems and mental disorders. However, their treatment is challenging due to the teratogenic effects of most psychoactive drugs and specific requirements for entering different psychotherapeutic programs. Mental disorders during pregnancy are undoubtedly an important issue for both gynecology and psychiatry. There is still a discussion considering the question whether psychotherapy during pregnancy is safe, although no scientifically valid data contradicting the safety of psychotherapy during pregnancy has been published so far. Together with psychotherapy – as a treatment of choice – clinicians approve some other relatively safe treatment methods for psychiatric disorders in pregnant women. Light therapy, limited pharmacotherapy, ECT are included. The goal of this paper is to review current opinions of clinicians and researches concerning possibilities, indications and outcome of psychological treatments as a way to help pregnant women who suffer from different psychiatric conditions, and also because this subject is not yet present in Polish psychiatric journals.

Słowa kluczowe: ciąża, leczenie zaburzeń psychicznych, psychoterapia

Key words: pregnancy, psychiatric disorders treatment, psychotherapy

Wstęp

Ciąża stanowi dla większości kobiet znaczącą zmianę życiową. Związane z nią zmiany biologiczne, w tym szczególnie komplikacje w jej przebiegu oraz w przebiegu porodu, niosą ze sobą ryzyko rozwinięcia rozmaitych trudności psychologicznych

i zaburzeń psychicznych [1]. Jednak leczenie tych kobiet stanowi niemałe wyzwanie ze względu na teratogenne działanie większości leków psychoaktywnych oraz szczególne wymagania przy kwalifikacji do uczestnictwa w różnych programach psychoterapeutycznych [2, 3]. Psychoterapia, odmiennie od innych form leczenia – farmakoterapii czy terapii elektrowstrząsowej (akceptowalnej w niektórych okolicznościach), nie wiąże się z wysokim ryzykiem działań niepożądanych u matki ani u płodu [4]. Psychoterapia okazuje się z tego względu użyteczną metodą pomocy, nawet jeśli wskazania do jej zastosowania wynikają z występowania łagodnych zespołów psychopatologicznych, niespełniających wszystkich kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych według klasyfikacji chorób, czy też wynikają jedynie z ujawnianej przez przyszłą matkę potrzeby wsparcia.

Nie ustają dyskusje dotyczące kwestii, czy psychoterapia stosowana podczas ciąży jest bezpieczna, choć nie opublikowano jak dotąd potwierdzonych naukowo danych wskazujących na istotne ryzyko z nią związane. Wraz z psychoterapią – jako leczeniem z wyboru – klinicyści akceptują inne, względnie bezpieczne metody leczenia zaburzeń psychicznych u kobiet ciężarnych, w tym terapię światłem, ograniczoną farmakoterapię oraz, w przypadku głębokich zaburzeń, elektrowstrząsy [5].

Cel

Celem tej pracy jest dokonanie przeglądu aktualnych opinii klinicystów i badaczy w zakresie możliwości, wskazań i wyników leczenia metodami „psychologicznymi” jako sposobu udzielania pomocy ciężarnym kobietom cierpiącym na różne zaburzenia psychiczne, także dlatego, że zagadnienie to nie zostało dotąd szerzej omówione w polskim piśmiennictwie psychiatrycznym [6].

Możliwości psychoterapii kobiet ciężarnych

Ciężarne kobiety często doświadczają poczucia izolacji, które jest im trudno rozpoznać lub zakomunikować. Ten szczególny stan emocjonalny tworzy dobrą przestrzeń dla budowania relacji w kontakcie psychoterapeutycznym. Otwartość na wymianę – dawanie i branie – czyni kobietę w czasie ciąży nie tylko szczególnie podatną na leczące czynniki związane z funkcjonowaniem w relacji terapeutycznej, ale także pozwala pracować w terapii nad pogłębieniem więzi pacjentki z jej partnerem życiowym.

Psychoterapia podczas ciąży może również pomóc kobiecie w identyfikacji z rolą matki. Jak pokazują badania, zadowolenie z macierzyństwa jest powiązane ze stanem psychicznym kobiety podczas ciąży, pozytywną relacją emocjonalną z dzieckiem w okresie rozwoju prenatalnego, jak również nastrojem w czasie porodu [7]. Wśród technicznych aspektów uwzględnianych podczas psychoterapii w czasie ciąży ważne są decyzje dotyczące włączania rodziny w proces leczenia, a także zwracanie uwagi na w pewnym stopniu konkurencyjną z punktu widzenia pacjentki relację z terapeutą i z noszonym przez nią płodem. Także interwencje ukierunkowane na funkcjonowanie pary rodzicielskiej są często ważnym składnikiem oddziaływania leczniczego, rozszerzającym koncentrację terapeuty z przestrzeni intrapsychicznej na interpersonalną [7].

Wsparcie psychologiczne

Wielu badaczy i klinicystów podkreśla korzyści wynikające z interwencji psychologicznych i udzielania wsparcia społecznego podczas ciąży [8]. Poza stricte psychoterapeutycznymi oddziaływaniami niewiele uwagi poświęcono innym formom wsparcia psychologicznego. Według wyników szerokiego przeglądu prac z bazy Cochrane, kobiety ciężarne zyskują znaczne korzyści z częstych, zindywidualizowanych wizyt domowych w okresie poporodowym prowadzonych przez pielęgniarki lub położne oraz ze wsparcia telefonicznego ze strony doradców prowadzących edukację i umożliwiających ekspresję trudności emocjonalnych. Ciężkość i odsetek występowania objawów depresji poporodowej są znacznie mniejsze u kobiet, które miały dostęp do takich form wsparcia [9–11]. W systematycznym przeglądzie Lancaster i wsp. określili brak wsparcia społecznego znaczącym czynnikiem zwiększającym ryzyko depresji poporodowej. Spośród wielu typów wsparcia, to brak wsparcia ze strony partnera okazuje się w analizach jednym z najsilniej oddziałujących czynników na gorszy stan psychiczny kobiet po porodzie (efekty od średnich do dużych) [12].

Kontynuacja już trwającej psychoterapii

Nie odnaleziono literatury poświęconej temu zagadnieniu. Doświadczenie kliniczne autorów wskazuje, że w większości długoterminowych psychoterapii ciąża pacjentki nie stanowi wskazania do zakończenia ani zawieszania leczenia. Przeciwnie, decyzja o zatrzymaniu terapii z powodu ciąży mogłaby stać się jednym z bardziej stresujących wydarzeń, podczas gdy kontakt z terapeutą ma funkcję stabilizującą stan psychiczny ciężarnej. Rekomendacja do kontynuowania psychoterapii jest szczególnie silna w przypadku pacjentek w leczeniu zaburzeń osobowości, psychoz i zaburzeń nastroju. Kontynuacja procesu psychoterapii pomaga zmniejszać intensywność objawów zaburzeń osobowości i zmniejsza ryzyko nawrotu w przebiegu zaburzeń psychotycznych i zaburzeń nastroju. Z drugiej strony, jeśli kilka lub większość celów psychoterapii zostało osiągnięte (np. ustąpienie objawów lęku), ciąża nie jest przeciwwskazaniem dla zakończenia leczenia. Decyzja w takim wypadku powinna być starannie rozważona i omówiona z pacjentką.

Psychoterapia jako alternatywa dla farmakoterapii w zapobieganiu nawrotom

Dobrze funkcjonujące psychicznie kobiety, które zażywają długoterminowo leki psychotropowe w celu zapobiegania nawrotom zaburzeń psychotycznych lub zaburzeń nastroju zgodnie z zaleceniami psychiatrii, dość często decydują się na zaprzestanie leczenia farmakologicznego, gdy planują ciążę lub gdy zauważają, że właśnie w nią zaszły. W pewnych przypadkach ciąża kobiety będącej w stabilnym związku, w stabilnej sytuacji życiowej, może być czynnikiem protekcyjnym w odniesieniu do potencjalnego nawrotu zaburzeń psychicznych. Jednak dość często, jak zostało to wcześniej wspomniane, tego rodzaju zmiana życiowa stanowi wyzwanie dla mechanizmów adaptacyjnych. Dlatego jest wysoce zalecane zastąpienie zapobiegawczego leczenia farmakologicznego psycho-

terapią lub poradnictwem psychologicznym, które będą obejmować okres ciąży i kilku miesięcy po porodzie. Większość leków psychoaktywnych nie powinna być stosowana także podczas okresu karmienia piersią, przy czym należy dokonać analizy zysków i strat i podjąć wspólnie z pacjentką decyzję o odstawieniu leków lub rezygnacji z karmienia piersią, w sytuacji kiedy psychoterapia nie jest wystarczająco skuteczna i stan psychiczny kobiety ulega pogorszeniu. Dobrostan psychiczny matki jest priorytetem, ponieważ może ona zapewnić stabilne warunki rozwoju dziecka w pierwszych latach życia, co jest fundamentalne dla jego przyszłego zdrowia psychicznego [13].

Ograniczenia psychoterapii w czasie ciąży

Brak skuteczności psychoterapii prowadzonej podczas ciąży i (lub) wzrost nasilenia objawów zaburzenia psychicznego mogą stanowić wskazanie do wprowadzenia farmakoterapii lub hospitalizacji [2, 14].

Ważne jest, żeby zachować ostrożność wobec pobudzania intensywnych doświadczeń emocjonalnych wynikających z procesu terapii, kiedy pacjentka jest w ciąży. Uwaga kobiety ciężarnej jest zwykle skierowana na cele jej macierzyństwa, co w naturalny sposób zmniejsza zaangażowanie w eksplorację mechanizmów psychologicznych. W wyniku tego terapeuta podczas ciąży pacjentki koncentruje się zwykle znacznie częściej na aktualnych wydarzeniach niż na kluczowych przeżyciach z przeszłości albo trwałych wzorcach emocjonalnych, co pozornie czyni tego rodzaju psychoterapię bliską poradnictwu, a oddaloną od leczenia skoncentrowanego na przyczynach problemów psychologicznych [15]. Jednak nie stanowi to reguły ani nie jest w pełni uzasadnione. St-Andre sugeruje, że ciąża jest wręcz sytuacją korzystną dla terapii wglądowej z uwagi na silniejsze przeżywanie: konfliktów wokół potrzeb zależności, zaburzeń narcystycznych, tematów pogodzenia się oraz przepracowania utrat podczas dawania życia [7, 15].

Zwykle nie jest zalecane rozpoczynanie psychoterapii podczas ciąży, jeśli pacjentka, która już wcześniej doświadczała objawów zaburzeń psychicznych (tzn. zaburzeń lękowych, odżywiania się, osobowości), a funkcjonuje dość dobrze, odłożyła decyzję o rozpoczęciu terapii, mimo świadomości takiego zalecenia na długo przed zajściem w ciążę. W takich przypadkach decyzja o rozpoczęciu leczenia jest niejednokrotnie wyrazem obronnego nastawienia wobec terapii, które wymaga dokładniejszego rozpoznania motywacji i źródeł oporu pacjentki [16].

Zdaniem autorów niniejszej pracy należy unikać podczas ciąży psychoterapii zorientowanej na eksplorację trudnych wspomnień, urazów psychicznych i głębszych mechanizmów zaburzenia struktury osobowości. Takie procesy terapeutyczne wymagają mobilizacji pacjentki, jej znacznego wysiłku i często powodują wzrost nasilenia objawów, które mogą zakłócać naturalny proces przygotowywania się do opieki nad małym dzieckiem. Z drugiej strony, jak opisano szerzej w dalszej części pracy, okres ciąży jest czasem szczególnej wrażliwości i podatności kobiety na interwencje terapeutyczne [7, 8].

Innym ograniczeniem jest ryzyko przerwania psychoterapii w wyniku możliwych zakłóceń przebiegu ciąży, porodu, nowych zadań, ograniczeń czasowych i finansowych

[14, 15, 17]. W tym kontekście szczególnie istotne wydają się rekomendacja zaplanowania ograniczenia czasu trwania lub zmniejszenia intensywności psychoterapii, a także przygotowanie się do różnicowania obiektywnych trudności od zjawiska oporu.

Skuteczność psychoterapii kobiet w ciąży

Dostępne badania skuteczności psychoterapii stosowanej podczas ciąży są bardzo nieliczne i koncentrują się głównie wokół zapobiegania depresji poporodowej. Wyniki tych badań pokazują, że przedporodowe interwencje psychologiczne mogą skutecznie zmniejszać ryzyko rozwoju depresji lub lęku w okresie okołoporodowym [18–20]. Niemniej pytanie, jakiego typu interwencje psychologiczne są najskuteczniejsze, pozostaje bez odpowiedzi. Wykazano, że terapia interpersonalna oraz programy edukacji rodzicielskiej są porównywalnie skuteczne w leczeniu depresji przedporodowej [20]. W badaniach Austin i wsp. nie powiodło się wykazanie korzyści z krótkoterminowej przedporodowej terapii behawioralnej w zakresie zmniejszania ryzyka rozwoju lęku i depresji poporodowej [21]. Inne badania sugerują jednak, że interwencje psychologiczne związane ze wsparciem, empatycznym kontaktem, edukacją i desensytyzacją są skuteczne w zakresie zmniejszania lęku i objawów depresyjnych u kobiet w ciąży ze zdiagnozowanymi uszkodzeniami płodu [22]. Przegląd bazy Cochrane, dotyczący psychospołecznych i psychologicznych interwencji mających zapobiegać depresji poporodowej, który objął 28 badań (dotyczących prawie 17 000 kobiet), wskazał, że kobiety otrzymujące psychospołeczne lub psychologiczne wsparcie są mniej narażone na wystąpienie depresji poporodowej w porównaniu ze standardową opieką medyczną i położniczą. Wśród interwencji psychoterapeutycznych wykazano skuteczność terapii interpersonalnej w zakresie redukcji nasilenia objawów depresji [9]. Zaobserwowano także, że wprowadzony przed porodem program edukacyjny dotyczący narodzin dziecka wraz z terapią interpersonalną jest skuteczniejszy niż tradycyjne kursy obejmujące: przygotowanie do nowej roli, pracę nad relacjami w rodzinie, korzystanie ze wsparcia społecznego (także przez korygowanie nadmiernych oczekiwań) oraz trening kompetencji rodzicielskich [23].

Znacznie mniej uwagi badaczy przyciągnęła skuteczność psychoterapii kobiet ciężarnych cierpiących z powodu objawów związanych z różnego rodzaju kryzysami emocjonalnymi. Martin St-Andre pisze, że „ciąża jest radosnym okresem związanym z daniem życia, ale paradoksalnie także czasem, w którym reaktywują się dawne utraty” [7]. Przedstawia on przykłady kliniczne, pokazując, że konflikty wokół potrzeb zależności, narcystycznych oczekiwań i relacji z matką pacjentki oraz wspomnienia dawnych utrat stanowią ważne obszary, które należy uwzględnić w psychoterapii kobiety ciężarnej. Omawiając szczegółowo te aspekty, podkreśla on [7] następujące wnioski:

1. Zwiększone potrzeby zależności mogą prowadzić u kobiety, która walczyła o poczucie autonomii, do przeżywania silnego lęku i regresji;
2. Zaburzenia narcystyczne wychodzą na pierwszy plan, gdy przepaść między matczynym idealnym ja a obecną reprezentacją siebie wydaje się nie do przekroczenia lub gdy narasta konflikt między pragnieniem posiadania dziecka a pragnieniem bycia nadal w ciąży;

3. Uczucie zawiści i odrzucenia wobec płodu może być przejawem zaburzeń narcystycznych;
4. Ciąża może reaktywować konflikty z okresu pokwitania i wspomnienia doświadczeń bycia pod opieką, ale w tym samym czasie dawać możliwość odróżnicowania się od matki („renegocjowania separacji”).

Częste lęki przed utratą ważnych relacji i wątek rywalizacji z matką pełnią kluczową rolę w przeżyciach okresu ciąży. Dlatego ponowne zbliżenie się z matką jest częstym tematem psychoterapii ciężarnych. Zazwyczaj można oczekiwać szybkiego i stabilnego przymierza terapeutycznego między pacjentką a terapeutą. Ponadto ciężarna kobieta jest szczególnie otwarta na interwencje psychoterapeutyczne [8]. Czynniki te intensyfikują terapię i stwarzają okazje do budowania i reorganizowania uwewnętrznionego obiektu matczynego. W stanie ciąży, który można także postrzegać jako okres transformacji tożsamości, wcześniej zaprzeczone lub stłumione myśli i uczucia stają się bliższe świadomości i bardziej dostępne w procesie psychoterapii [12].

Wnioski

1. Zastosowanie psychoterapii podczas ciąży jest w większości przypadków możliwe i zalecane, chociaż wymaga rozważenia nowego kontekstu życia pacjentki i dostosowania intensywności terapii do jej obecnych potrzeb.
2. Kwestią indywidualną pozostaje ustalenie, do jakiego stopnia powinno się stosować wspierające lub ekspresyjne modele leczenia. Informacja o ciąży pacjentki zawsze wymaga szczególnej uwagi.
3. Nawet gdy ciężarna kobieta szuka pomocy, nie mając poważnych zaburzeń psychicznych, wsparcie psychologiczne lub psychoterapia są zalecane – w trybie indywidualnym lub (rzadziej) grupowym – z uwagi na ich skuteczność profilaktyczną.
4. Obecność zaburzeń psychicznych powiązanych z ciążą jako taką (np. reakcji depresyjnej) może wymagać wsparcia psychologicznego i ewentualnej kontynuacji relacji terapeutycznej w postaci psychoterapii po okresie połogu w celu zapobiegania rozwojowi dalszych zaburzeń psychicznych.
5. Nasilenie wcześniej obecnych objawów (przed ciążą), włącznie z nawrotem zaburzenia psychicznego, jest wskazaniem do rozpoczęcia psychoterapii lub, alternatywnie, jeśli pacjentka nie kwalifikuje się do psychoterapii, do wprowadzenia leczenia biologicznego, włącznie z ograniczoną farmakoterapią.
6. Jest też zalecane kontynuowanie terapii rozpoczętych przed ciążą. Terapeuta może modyfikować zakres leczenia, zmieniać jego intensywność oraz weryfikować cele.
7. Wprowadzanie leczenia psychoterapią podczas ciąży nie jest zalecane, kiedy pacjentka, która miała objawy zaburzenia psychicznego i konsekwentnie unikała decyzji o rozpoczęciu psychoterapii, obecnie względnie dobrze funkcjonuje. Zalecane jest w takim przypadku wsparcie psychologiczne.
8. Nie jest również zalecane rozpoczynanie psychoterapii podczas ciąży, gdyby miała się ona koncentrować na trudnych wspomnieniach, urazach psychicznych lub głębszych zaburzeniach struktury osobowości.

Piśmiennictwo

1. Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimąka M, Sobański JA, Rutkowski K. *Multiaxial changes in pregnancy: mental health – a review of the literature*. Ginekol Pol. 2014; 85(10): 784–787.
2. Szajer K, Karakuła H, Pawęzka J, Grzywa A, Przywara G, Gut A. *Psychofarmakoterapia zaburzeń lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych oraz snu w okresie ciąży i laktacji*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(3): 519–526.
3. Casper RC, Fleisher BE, Lee-Ancas JC, Gilles A, Gaylor E, DeBattista A. i wsp. *Follow-up of children of depressed mothers exposed or not exposed to antidepressant drugs during pregnancy*. J. Pediatr. 2003; 142: 402–408.
4. Dąbrowski M, Parnowski T. *Analiza kliniczna skuteczności i bezpieczeństwa leczenia elektrowstrząsowego*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 345–360.
5. Krzystanek M, Krupka-Matuszczyk I. *Leczenie światłem widzialnym depresji u kobiet w ciąży – studium 3 przypadków*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(2): 261–267.
6. Sobański JA. *Współczesne kierunki badawcze w polskiej psychiatrii na podstawie publikacji w Psychiatrii Polskiej w latach 2010–2012. Doniesienie wstępne*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(4): 691–707.
7. St-Andre M. *Psychotherapy during pregnancy: opportunities and challenges*. Am. J. Psychother. 1993; 47(4): 572–590.
8. Makara-Studzińska M, Pietrzak A, Lewicka M, Sulima M, Kowalczyk K, Michalak-Stoma A. i wsp. *Somatic and non-somatic problems connected with psoriasis in pregnancy*. Ginekol Pol. 2013; 84(3): 211–313.
9. Dennis C, Dowswell T. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. Cochrane Database Syst. Rev. 2013; 2: CD001134.
10. Podolska MZ, Majkowicz M, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. *Personality profiles of pregnant and postpartum women with symptoms of perinatal depression: the differences of self image in the sphere of psychological needs*. Ginekol Pol. 2009; 80(5): 343–347.
11. Podolska MZ, Majkowicz M, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. *Cohabitation as a strong predicting factor of perinatal depression*. Ginekol Pol. 2009; 80(4): 280–284.
12. Lancaster C, Gold K, Flynn H, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 202(1): 5–14.
13. Wajda Z. *Percepcja relacji między rodzicami oraz wzory przywiązania a nasilenie objawów psychopatologicznych u dziewcząt w późnej adolescencji*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 853–864.
14. Szajer K, Karakuła H, Pawęzka J, Grzywa A, Przywara G, Gut A. *Psychofarmakoterapia zaburzeń afektywnych w okresie ciąży i laktacji*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(3): 509–517.
15. Chrzan-Dętko M. *Psychodynamiczne rozumienie macierzyństwa — implikacje dla pracy klinicznej*. Psychoterapia 2010; 1(152): 5–14.
16. Podolska MZ, Majkowicz M, Sipak-Szmigiel O, Ronin-Walknowska E. *Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a Lęk-stan i Lęk-cecha u kobiet z objawami depresji okołoporodowej*. Ginekol Pol. 2009; 80(3): 201–206.
17. Kraśnianin E, Semczuk M, Skret A, Semczuk A. *Satysfakcja z opieki okołoporodowej pacjentek rodzących w Polsce/Rzeszów i w Republice Federalnej Niemiec/Gross-Gerau*. Ginekol Pol. 2013; 84(1): 17–23.
18. Phipps MG, Raker CA, Ware CF, Zlotnick C. *Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2013; 208(3): 192–196.

19. Kozinszky Z, Dudas R, Devosa I, Csator dai S, Tóth E, Szabó D. i wsp. *Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology?* Psychother. Psychosom. 2012; 81(2): 98–107.
20. Spinelli M, Endicott J, Leon A, Goetz RR, Kalish RB, Brustman LE. i wsp. *A controlled clinical treatment trial of interpersonal psychotherapy for depressed pregnant women at 3 New York City sites.* J. Clin. Psychiatry 2013; 74(4): 393–399.
21. Austin M, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S. i wsp. *Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial.* J. Affect. Dis. 2008; 105(1–3): 35–44.
22. Gorayeb RP, Gorayeb R, Berezowski AT, Duarte G. *Effectiveness of psychological intervention for treating symptoms of anxiety and depression among pregnant women diagnosed with fetal malformation.* Int. J. Gynecol. Obstet. 2013; 121(2): 123–126.
23. Gao L, Luo S, Chan S. *Interpersonal psychotherapy-oriented program for Chinese pregnant women: Delivery, content, and personal impact.* Nurs. Health Sci. 2012; 14(3): 318–324.

Adres: Katarzyna Cyranka
Katedra Psychoterapii CM UJ
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 4.09.2014
Zrecenzowano: 8.09.2014
Otrzymano po poprawie: 17.09.2014
Przyjęto do druku: 21.11.2014